

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905 — N° 29.

DE LA
PSOROSPERMOSE
FOLLICULAIRE VÉGÉTANTE
OU MALADIE DE DARIER

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 1^{er} décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Théophile BECK

Né à Montargis (Loiret), le 13 juin 1876.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

1904

DE LA

PSOROSPERMOSE

FOLLICULAIRE VÉGÉTANTE

OU MALADIE DE DARIER



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905 — N° 29.

DE LA

PSOROSPERMOSE

FOLLICULAIRE VÉGÉTANTE

OU MALADIE DE DARIER

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 1^{er} décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Théophile BECK

Né à Montargis (Loiret), le 15 juin 1876.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
HUGOUNENQ. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. JABOULAY. FABRE. X...
Cliniques chirurgicales.	}	AUGAGNEUR. PIERRET. WEILL. MONOYER. HUGOUNENQ. CAZENEUVE. BEAUVISAGE. LORTET. TESTUT. RENAUT. MORAT. TEISSIER. X...
Clinique obstétricale et Accouchements.		MAYET. TRIPIER. POLLOSSON (M.). ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT (J.). SOULIER. FLORENCE.
Clinique ophtalmologique		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		
Clinique des maladies mentales		
Clinique des maladies des enfants		
Physique médicale.		
Chimie médicale et pharmaceutique		
Chimie organique et Toxicologie.		
Matière médicale et Botanique.		
Parasitologie		
Anatomie		
Anatomie générale et Histologie		
Physiologie		
Pathologie interne.		
Pathologie externe.		
Pathologie et Thérapeutique générales.		
Anatomie pathologique		
Médecine opératoire.		
Médecine expérimentale et comparée.		
Médecine légale		
Hygiène.		
Thérapeutique.		
Pharmacologie.		

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LAINNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	BERARD, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Hygiène administrative	ROUX, —
Thérapeutique générale	COLLET, —
Accouchements	COMMANDEUR, —
Matière médicale	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique.	ANCEL, —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. BORDIER.	MM. REGAUD.	MM. GAYET.
PIC.	COURMONT (P.)	CAUSSE.	MOREL.
PAVLOT.	CHATIN.	ANCEL.	NEVEU-LEMAIRE.
NOVE-JOSSERAND.	VILLARD.	CHARVET.	NICOLAS.
BERARD.	TIXIER.	COMMANDEUR.	PATEL.
SAMBUC.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. SOULIER, Président ; CHARVET, Assesseur ;
MM. MOREL et ANCEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA TANTE

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur SOULIER

A MES MAÎTRES

DANS LES HÔPITAUX ET DANS LES ASILES

Au Docteur CARLE

Qui a bien voulu nous donner le
sujet de cette thèse et dont
l'affectueuse sympathie nous a
vivement touché.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

M. J. Darier, dans un article paru dans la *Pratique dermatologique*, définissait ainsi la psorospermose folliculaire végétante : « C'est une dermatose chronique caractérisée : cliniquement par des papulocroûtes, souvent folliculaires, à topographie régionale déterminée ; anatomiquement, par un trouble spécial de la kératinisation des cellules épidermiques. Le nom que je lui ai attribué en 1889 est reconnu impropre aujourd'hui ; on ne l'a conservé que parce qu'il est universellement compris. C'est à ce nom et à la théorie qu'il évoque que la maladie, assez rare en somme, doit d'avoir attiré l'attention et provoqué un nombre respectable de travaux. »

Les cas observés anciennement paraissent avoir été signalés sous les noms les plus divers : acné sébacée croûteuse, acné cornée, folliculite, etc. Du reste, avant 1889, c'est-à-dire avant les premiers travaux de Darier, l'affection en tant qu'entité morbide bien définie, était pour ainsi dire inconnue. On ne retrouve aucune description pouvant faire songer à la maladie actuelle, avant Lutz (thèse de 1860). Le premier tra-

vail qui ait paru sur ce sujet date seulement de mai 1889 : ce fut l'objet de la thèse de A. Thibault, faite sous les auspices de M. Darier. Des communications ultérieures de ce dernier auteur complétèrent l'étude de cette affection, qui fut appelée dès lors psorosper-mose folliculaire végétante, kératose folliculaire, dermatose de Darier, et très souvent, simplement maladie de Darier.

La psorosper-mose folliculaire végétante est une affection relativement rare ; cependant, depuis les premiers travaux de Darier, près de vingt observations ont été publiées. White, Lustgarten, Enthyboule en 1889-1890, Boeck, De Amicis en 1892, Schweninger et Buzzi en 1893, Pawloff, Mourek (1894), Neumann, Ravogli, Fabry (1895), John Bowen (1896), G. Melle (1899), Darier, Augagneur et Car'e (1904). Toutes ces publications ont montré combien le tableau clinique de l'affection était uniforme, et quelles nombreuses ressemblances présentaient les différentes descriptions de l'éruption : dans l'étude des caractères des papules comme dans leur localisation en des régions bien déterminées.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

La cause immédiate de la psorosperme folliculaire semble encore complètement inconnue.

Ce n'est point une affection contagieuse ; rien en effet ne permet d'admettre cette supposition. Dans aucune des observations publiées, ne se trouve mentionnée l'apparition de la maladie à la suite d'un contact direct ou indirect. La plupart du temps, le début est insidieux et passe inaperçu. Il faut ajouter cependant que les malades sont en général peu développés comme facultés intellectuelles ; ils appartiennent tous à la classe moyenne et surtout à la classe inférieure. Comme, d'autre part, l'éruption est souvent le seul symptôme ne s'accompagnant que rarement d'un état général, les sujets n'y prêtent tout d'abord aucune attention, et par suite les renseignements qu'ils peuvent fournir sont des plus vagues. L'hérédité semblerait au contraire avoir quelque influence : White, dans sa deuxième observation, cite deux membres de la même famille atteints de psorosperme (père et fille) ; cette coïncidence est également constatée dans plusieurs autres cas : Boeck (père et deux fils), Jacobi

(mère et fils), Graham Little (deux sœurs). Il ne paraît pas qu'il y ait une prédominance marquée pour l'un ou l'autre sexe ; l'ensemble des publications n'accuse presque aucune différence dans le nombre des cas concernant les hommes ou les femmes. Chez celles-ci, la grossesse ne paraît avoir eu une influence bien nette ; les deux exemples qui nous sont fournis par les observations de G. Melle, d'Augagneur et Carle ne donnent point, à ce sujet, d'indications bien précises.

Il faut rappeler également encore l'aggravation dans l'aspect des efflorescences papuleuses qui se produisit chez la première malade observée par Pawloff, aggravation coïncidant avec la période menstruelle. D'après cet auteur, il faudrait chercher la cause de cette maladie dans un trouble de l'organisme dont les altérations de la peau ne seraient que l'un des nombreux symptômes. L'auteur ne peut indiquer de quel caractère est ce trouble général, mais il pense qu'il faudrait peut-être le rapporter au système nerveux.

L'affection ne paraît pas avoir de prédilection bien marquée pour tel ou tel pays ; les cas cités se répartissent un peu partout, ainsi que le prouvent les travaux publiés par de nombreux dermatologistes.

En résumé, l'on ne possède encore actuellement aucune donnée étiologique bien précise sur la psorose folliculaire.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE ET ÉVOLUTION

Le caractère principal, absolument spécial, typique, est l'éruption, elle-même des surfaces le plus souvent très étendues; elle est en général symétrique et certaines régions de prédilection sont de préférence atteintes.

Darier, dans son article sur la psorospermose folliculaire sécrétante (in *Pratique dermatologique*, de MM. Besnier, Brocq et Jacquet, tome quatrième), a donné une description complète des symptômes de cette affection. D'après cet auteur, l'élément éruptif typique est une papule recouverte d'une croûte brune, présentant des dimensions intermédiaires entre une tête d'épingle et une petite lentille.

En examinant avec soin un de ces éléments isolés, on remarque que la croûte présente une coloration tantôt brune, tantôt jaunâtre, gris sale, presque noir. Elle est plus épaisse à son centre et forme une saillie parfois très notable. Sa consistance est dure, cornée, elle est comme enfoncée dans une dépression infundibuliforme dont les bords sont surélevés, à laquelle elle adhère assez fortement. Cette dépression forme

ainsi une sorte d'entonnoir dans lequel la croûte envoie un prolongement mou, jaunâtre, d'aspect sébacé. La dépression n'est que l'orifice dilaté d'un follicule pilo-sébacé dont le poil peut quelquefois subsister. L'élément éruptif est donc nettement folliculaire.

La papule est l'élément principal : cependant G. Melle aurait signalé un cas où les lésions auraient débuté par une éruption vésiculeuse, donnant lieu à un exsudat d'odeur nauséabonde par suite de la rupture de ces vésicules ; leur disparition mettrait à nu une surface érosive, parsemée de végétations papillomateuses et se recouvrant de croûtes ou croûtelles brunâtres, dépassant plus ou moins le niveau de la peau. Mais cette forme doit être très rare ; c'est le seul exemple, en effet, qui soit connu dans lequel la papule n'ait pas apparu comme la première manifestation, comme la lésion primordiale de la maladie.

Mais, en dehors du type principal qui vient d'être décrit, il en existerait d'autres où la papule se présenterait sous un aspect un peu différent. Darier en a observé deux variétés qui se rencontreraient très fréquemment et dont il a donné la description suivante : « Tout d'abord l'incrustation peut l'emporter sur la papulation. Les croûtelles s'élargissent, forment des croûtes et celles-ci, à leur tour, par leur confluence, constituent de véritables nappes croûteuses, de configuration très irrégulière.

« Leurs surfaces présentent une série de petites saillies acuminées ou conoïdes. La croûte papuleuse est alors moins en relief, l'élevure au-dessus de la surface de la peau est moins nette ; il y a comme une

incrustation de la papule dans la peau. Si l'on parvient à détacher cette incrustation superficielle, ce qui le plus souvent n'est pas facile, la surface sous-jacente nous apparaît inégale, rugueuse, saignottante et l'on ne reconnaît que très difficilement la présence des entonnoirs folliculaires. Ainsi s'expliquerait l'opinion de certains auteurs qui n'admettraient pas le follicule pilo-sébacé comme siège primitif et principal des éléments de la psorospermoïse. Cet aspect se manifeste le plus fréquemment au niveau des régions où les follicules sont normalement peu développés, sur les flancs, sur les membres par exemple; enfin quand l'éruption forme dans une de ces régions de vastes nappes confluentes, c'est sur les bords de ces nappes, que l'on devra rechercher ces éléments typiques. »

Tantôt, au contraire, l'éruption présenterait une autre variété : il y aurait alors une exagération de la papulation ; les croûtes seraient alors peu apparentes, quelquefois même absentes. Mais cette forme est exceptionnelle ; on l'observerait de préférence dans les régions humides, telles que les aines, les aisselles : Schwinner-Neisser en cite un cas ayant pour siège le conduit auditif externe.

Le symptôme principal de l'affection est donc la papulo-croûte, elle n'apparaît point sur toutes les parties du corps ; certaines régions sont au contraire son siège de prédilection, ainsi qu'en témoignent toutes les observations.

Quelles sont ces régions ? Quelle est donc la topographie de ces lésions ?

Il faut tout d'abord signaler la face, et sur la face,

certaines parties sont citées comme étant le plus fréquemment atteintes : les tempes, le front, les sillons naso-géniens, les lèvres, le menton, ainsi que le cuir chevelu, les sillons rétro-auriculaires, la conque des oreilles. Sur le tronc la région presternale, la gouttière inter-scapulaire, la ceinture, l'épigastre, les aisselles, les aines et la région péri-génitale sont tout particulièrement touchées ; aux membres, ce sont surtout la face externe des avant-bras et des cuisses ; les lésions sont en général d'autant plus nombreuses qu'on se rapproche de la racine des membres. Le dos des mains, les régions palmaires et plantaires, les ongles sont également souvent frappés. D'après Boeck il y aurait à remarquer que la plupart des régions d'élection des papulo-croûtes sont également celles où l'on constate des sueurs abondantes. Hallopeau et Jarich auraient également signalé l'identité presque complète entre les régions atteintes de psorosperme et celles qu'affectionne la séborrhée.

L'éruption présente quelques particularités sur divers de ces territoires. La face, la région présternale, le dos semblent sales ; les papules isolées sont assez fréquentes, de couleur rose brun ; les croûtelles qui les surmontent sont plus ou moins saillantes. On trouve également de nombreux placards où la peau est épaissie. Ils affectent, en général, une coloration plus foncée ; au lieu du brun clair signalé pour les papules, la teinte est rouge violacée très brunâtre. Il y a de nombreux points noirs, qui ne sont autre que des amas kératoïdes enclos dans des orifices folliculaires dilatés. Quelquefois également l'on rencontre des

comédons séborrhéiques qu'ils ne faut pas confondre avec les papulo-croûtes de la psorosperme.

Le cuir chevelu présente rarement un degré quelconque d'alopecie; il y a également des croûtes brunes, souvent confluentes; quand on les enlève, la surface sous-jacente est irrégulière, et l'on voit émerger des cheveux qui sortent en bouquets.

Au flanc, autour de l'ombilic, sur les membres, les croûtes sont sèches, très superficielles et cependant très adhérentes. Souvent elles sont réunies en larges placards et sur leurs bords comme toujours se voient quelques éléments typiques isolés.

Aux plis axillaires, inguino-cruraux, inter-fessier, les croûtes sont plus molles que dans les autres régions; elles présentent assez nettement en général l'une des deux variétés du type primitif déjà signalé: soit des papules peu élevées, soit au contraire des éléments peu saillants sans croûtes véritables. C'est par suite de ce peu de consistance des croûtes que l'on rencontre souvent dans ces régions de véritables placards fongueux, végétants, percés de nombreux orifices cratériformes d'où suinte un liquide puriforme d'odeur nauséabonde; ce sont des lésions de ce genre qui ont été signalées dans les observations de Thibaut et de Lutz.

Les régions palmaires et plantaires sont le plus souvent le siège d'un épaissement marqué de la peau, donnent au toucher une sensation rugueuse, râpeuse. L'on y rencontrerait également quelquefois des petits points jaunâtres, résultant d'une hyperkératose ponctuée. Sur le dos des mains, on a noté un

aspect très particulier : des élevures non croûteuses ou de petits cônes, peu volumineux, tronqués, distants d'un centimètre environ, étalés, rappelant tout-à-fait les verrues planes juvéniles, avec un peu plus de rougeur et de confluence. (Observations XXI et XVI.)

Les altérations des ongles sont variables, quelques auteurs n'en ont jamais constaté, mais la plupart du temps les ongles sont striés, cassants.

Les muqueuses sont en général respectées ; Fabry et Hallopeau ont remarqué un allongement des papilles de la langue et une hypertrophie des glandes muqueuses des lèvres. T. de Amicis a signalé des plaques leucoplasiques dans la bouche, la face interne des joues et sur les bords de la langue. La psorospermosé est donc caractérisée par la présence de ces papules absolument typiques, par leurs localisations constantes dans les différentes régions que l'on vient d'énumérer.

Quant à l'évolution de la maladie elle est éminemment variable. Nous avons déjà signalé, dans le chapitre consacré à l'étiologie, quelles difficultés l'on rencontrait pour obtenir des malades des indications précises sur le début de leur affection : les premiers symptômes étant d'une part presque toujours insidieux, indolents, et d'autre part la mentalité plutôt inférieure des malades laissant passer inaperçu l'apparition de leurs lésions initiales. Il semble cependant qu'il n'y ait point d'époques de prédilection pour le début de la psorospermosé. Nos malades appartiennent à tous les âges ; cependant l'âge adulte entre 17 et 40 ans semble plus particulièrement intéressé. D'après Darier, l'enfance, au

contraire, paierait un plus lourd tribut et ce serait surtout dans les quinze premières années que l'on observerait le plus souvent les premières lésions de la psorospermosé. La localisation première est également très variable; la face serait fréquemment le siège de la lésion initiale, mais de l'ensemble des observations, il est facile de voir que les autres régions du corps peuvent de même être le point de départ de la maladie (tronc, cou, pubis, dos, abdomen, les aines, etc.). La marche, l'évolution de l'affection sont très irrégulières. Tantôt, quelques mois ont suffi pour arriver à une éruption presque généralisée (cas de Mourek, G. Melle, Augagneur et Carle), tantôt au contraire il a fallu des années pour que les lésions acquièrent une grande extension (observations de White, Pawloff, Fabry, Neumann, Bowen). Le début de l'éruption remonterait à 30 ans dans le cas de Fabry; dans celui de Pawloff, une jeune paysanne de 28 ans aurait été atteinte quelques mois seulement après sa naissance. Quelques papules isolées apparaissent d'abord, se couvrent de croûtes, puis surviennent de nouveaux éléments s'éparpillant autour des premiers venus et finissant par former de vastes placards; puis la nappe reste stationnaire pendant que sur d'autres régions du corps, se reproduisent les mêmes phénomènes. Quelquefois, mais rarement l'éruption se localise dans une région déterminée sans se manifester sur le reste du corps autrement que par quelques papules isolées, très peu nombreuses; tel est le cas de Bowen (1896) où la maladie resta limitée à la tête et aux mains.

L'éruption ne s'accompagne en général d'aucun trouble fonctionnel, d'aucun état général : on signale seulement quelquefois un peu de prurit et presque toujours une exagération de la sécrétion sudorale (Boeck, Neumann, Pawloff, Mourek, G. Melle). Enfin, il peut se produire des complications. Elles consistent dans l'apparition de végétations fongueuses de préférence dans les grands plis, aux aisselles, aux aines. Non traitées, elles peuvent aboutir à la formation d'abcès et consécutivement déterminer une infection purulente mortelle (un cas d'après J. Darier).

La maladie, une fois apparue, se développe avec des alternatives d'aggravation ou d'amélioration ; le plus souvent elle revêt une allure traînante et persiste indéfiniment, rebelle à tous les traitements. L'on n'assisterait qu'exceptionnellement à la guérison. E. Glaviche en cite cependant un exemple : un malade atteint de psorospermosé aurait été guéri par un traitement arsenical.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'histoire anatomo-pathologique de la psorospermose a donné lieu à de nombreuses discussions ; les théories les plus diverses ont été successivement émises, et même actuellement encore, les dermatologistes ne sont pas d'accord.

Lors des premières recherches faites à ce sujet, Darier avait remarqué la présence de cellules de forme très spéciale dans les papules et dans les croûtes. Ces cellules ressemblaient à des coccidies, et l'hypothèse de psorospermies, c'est-à-dire de sporozoaires parasites fut émise. Elle fut admise par quelques auteurs, notamment Lustgarten et T. De Amicis. Mais de nombreux travaux infirmèrent cette théorie, et l'auteur lui-même l'a complètement abandonnée. Bowen, Buzzi, Boeck, Pawloff, ont montré que ces cellules, considérées primitivement comme des coccidies, contenaient parfois des grains d'éléidine et de kérato-hyaline. Ce n'étaient donc point des corps organisés, des parasites, mais des cellules ayant subi des modifications anormales, dans leur évolution vers une transformation cornée. C'est du reste l'hypothèse

admise par presque tous les auteurs dont les observations sont décrites dans cet exposé. Darier, d'après ses recherches ultérieures, a confirmé cette interprétation, et il semblait admis que l'on devait considérer la psorospermoïse comme une « dyskératose », c'est-à-dire comme la manifestation d'une kératinisation vicieuse et anormale des cellules épidermiques. L'examen histologique avait révélé des lésions très spéciales, signalées déjà par la plupart des auteurs précités. Darier, dans la *Pratique dermatologique* (tome IV, 1904), en a fait une étude très complète et décrit de la façon suivante les caractères principaux qu'il a observés : « Sur la coupe d'une papulo-croûte typique, on trouve l'épiderme épaissi dans son ensemble, saillant par en haut, déprimant par en bas le corps papillaire ; si la papule est folliculaire, ce qui est encore plus caractéristique, l'orifice du follicule est dilaté en entonnoir ou en cupule.

La croûte est formée par une couche cornée épaissie, modifiée dans sa structure et qui prend de ce fait une teinte spéciale sous l'influence de la plupart des réactifs colorants. On y trouve, entremêlés aux cellules kératinisées normales et dépourvues de noyaux, des corpuscules ou grains, arrondis ou ovalaires, durs, contenant un noyau difficile à colorer.

La couche granuleuse sous-jacente est souvent interrompue au centre de l'élément, épaisse au contraire et riche en éléidine sur les bords de la dépression.

Le corps muqueux de Malpighi est surtout altéré ; par places on trouve seulement, entre les cellules fila-

menteuses normales, une ou plusieurs cellules présentant l'aspect désigné sous le nom de « corps ronds » ; ailleurs, cette couche est désagrégée, fissurée, creusée de lacunes. Cette fissuration ne m'avait pas échappé dès le début, mais on doit à Boeck et à Buzzi d'avoir insisté sur sa constance et son importance, tandis que Pétersen la considère comme artificielle. Elle résulte de la rupture des filaments d'union des cellules malpighiennes, dont les unes se transforment en grains ou en corps ronds, pendant que d'autres se mortifient, se fondent et ne sont plus représentées que par des filaments fibrino-muqueux nageant dans la cavité formée.

Les cellules qu'on peut appeler corps ronds et qui ont tant attiré l'attention des observateurs, ont une constitution variable : tantôt elles sont seulement caractérisées par une membrane réfringente qui les entoure, tantôt leur protoplasma granuleux ou parcouru par des stries rayonnantes, renferme une seconde membrane à quelque distance ou au contact du noyau. Ces membranes ont des réactions histo-chimiques analogues, sinon identiques à celles de la kératine. Bowen, Buzzi, Boeck et Pétersen ont montré que ces cellules contiennent parfois des grains de kérato-hyaline, ce qui suffit à prouver qu'elles ne sont pas des parasites. Il s'agit manifestement de cellules ayant subi une kératinisation hâtive, incomplète et irrégulière. Les grains peuvent provenir de corps ronds ou dériver directement de cellules malpighiennes par dyskératose.

La couche basale de l'épiderme offre une résistance

spéciale à ce processus de dyskératose; aussi voit-on souvent les papilles sous-jacentes recouvertes d'une couche régulière de cellules cylindriques. Les figures de karyokinèse sont nombreuses dans cet épiderme modifié. Le pigment qui peut manquer au centre est abondant au pourtour et on en trouve à tous les étages épidermiques, jusque dans la couche cornée.

Les lésions, je le répète encore, siègent volontiers à l'orifice des follicules pilo-sébacés, mais peuvent se rencontrer au pourtour, à côté, ou entre les follicules, ce qui est de règle quand elles constituent des nappes un peu étendues.

Les papilles sont nombreuses, allongées et rapprochées les unes des autres sous les foyers de dyskératose; c'est à leur hypertrophie colossale que sont dues les végétations volumineuses que j'ai signalées notamment dans les aines et dans les aisselles; ce bourgeonnement constant des papilles et de l'épiderme qui les sépare justifie l'épithète de végétante donnée à la maladie.

Le derme, au voisinage des foyers dyskératosiques, est riche en cellules conjonctives, leucocytes, cellules pigmentaires, sans pourtant que les altérations inflammatoires soient très avancées, sauf irritation surajoutée.

Les conclusions de l'étude que nous venons de citer peuvent donc se résumer de la façon suivante : 1° La lésion primitive paraît consister en une altération de l'épiderme malpighien aboutissant soit à une kératinisation défectueuse d'un grand nombre de cellules, d'où formation de grains ou de corps ronds, soit à une

fonte cellulaire; les éléments cellulaires mortifiés, dégénérés n'étant plus représentés que par quelques filaments fibrino-muqueux disséminés dans la cavité primitive, formant ainsi un espace lacunaire.

2° Il y a un bourgeonnement constant des papilles, parfois très considérable.

3° Les foyers morbides sont le plus souvent folliculaires; c'est là un caractère général fréquent, mais le siège extra-folliculaire n'est point une exception, surtout dans les cas où les lésions sont très étendues.

La dénomination de la maladie « psorospermose », est donc inexacte, puisqu'elle laisse supposer la présence de sporospermies, et nous avons vu que cette théorie est actuellement rejetée par tous les auteurs : Darier a conservé les épithètes de folliculaire et de végétante comme reflétant les caractères principaux des lésions; le follicule pilo-sébacé en étant le siège le plus fréquent, et l'hypertrophie papillaire, formant un bourgeonnement, une végétation constante.

MM. Augagneur et Carle, dans l'observation qu'ils ont publiée au mois de juillet 1904, ont émis au sujet du processus pathologique de la psorospermose une opinion absolument différente, en se basant sur les résultats de l'examen histologique. Celui-ci fut pratiqué sur une portion du tégument enlevée au niveau d'une des papules abdominales, par le Dr Paviot, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, dans le laboratoire du professeur Tripier. Voici les constatations que cet examen a mises en relief : « On remarque, d'une façon générale, un épithélium cutané atrophié, aminci, diminué d'épaisseur, d'ailleurs irrégu-

lier, surtout comme bourgeons interpapillaires ; d'une façon générale encore, cet épithélium repose sur un derme très scléreux, scléreux jusque dans les élevures papillaires et pauvre en cellules fines ou ovales. Mais sur un ou deux points par coupes, on voit apparaître dans le corps muqueux de Malpighi une sorte d'élevure lenticulaire, qui soulève les couches cornées épaissies. Le centre de ces élevures s'est vidé. Au voisinage de cette cavité centrale, les cellules malpighiennes deviennent toutes vésiculaires, rondes ou ovales et conservent autour de leur vésicule centrale une nappe de protoplasme hyalin et un double trait clair. Ce sont certainement ces cellules malpighiennes altérées, revenues à l'état rond, qui ont été prises pour des éléments psorospermiques. Au niveau de cette sorte de boursouffure évidée de l'épithélium dans le derme, les cellulés ovales déjà munies de protoplasma, sont plus abondantes, l'ensemble répondant certainement à des foyers de dermite. Ailleurs, c'est de l'atrophie avec sclérose.

Follicules sébacés, glandes sudoripares, gaines des poils, sont simplement enserrés dans la sclérose du derme, mais ne présentent aucun signe histologique d'inflammation. Notamment les glandes sébacées sont très atrophiées. »

Le point histologique essentiel qui se manifeste tout d'abord de cette analyse est le siège non folliculaire des lésions. Alors qu'en effet Darier le considérerait comme très fréquent, l'examen précédent montre l'intégrité complète des follicules ; ils ne sont le siège d'aucune modification propre, mais subissent simple-

ment une déformation par suite de lésions scléreuses de voisinage. Il y a donc un processus inflammatoire dans les cellules avoisinant le follicule, mais ce follicule lui-même est intact. Nous avons vu qu'il en était de même des glandes sudoripares, des gaines des poils dont quelques auteurs avaient signalé les altérations. Les lésions principales consisteraient d'abord dans des modifications de l'épithélium, ensuite dans des altérations du derme ; il y aurait inflammation des éléments cellulaires de ces régions et production en définitive de véritables foyers de dermite.

Fabry en 1895 avait déjà entrevu de semblables lésions, et les constatations qu'il fit à ce sujet sont relatées dans son observation publiée à ce moment-là.

Une autre considération semble également s'imposer de la description précitée : l'affection n'aurait point une allure végétante dans la grande majorité des cas. Darier avait signalé ce caractère comme étant d'une fixité remarquable ; toujours il avait constaté une hypertrophie colossale des papilles donnant naissance à ces volumineuses productions végétantes des aines et des aisselles. Or non seulement M. Paviot n'a point constaté d'hypertrophie, mais tout au contraire de l'atrophie, l'épithélium cutané est aminci, diminué d'épaisseur ; le derme est très scléreux jusque dans les élevures papillaires et pauvres en cellules fines ou ovales : partout le processus pathologique peut se résumer ainsi : atrophie et sclérose. Au point de vue anatomo-pathologique, le caractère des lésions ne pourrait donc point être

qualifié de végétant, l'expression permettant de songer à un bourgeonnement, à une hypertrophie des éléments cellulaires. Aussi doit-on réserver cet épithète pour les productions intertrigineuses que l'on rencontre quelquefois au niveau des plis de l'aîne et de l'aisselle. Ce ne sont point là des lésions propres à la psorospermosé, mais plutôt des complications venant se greffer sur les papules initiales et provenant du peu de soins que les malades apportent à l'entretien de leur corps.

Cette observation résume donc fort bien les différents aspects sous lesquels l'affection peut se présenter ; mais il en résulte immédiatement les considérations suivantes : la psorospermosé folliculaire végétante n'est point une psorospermosé et les lésions qui la constituent ne sont ni folliculaires ni végétantes. La dénomination de cette affection ne répond donc point aux symptômes que l'on y rencontre. Pour les mêmes raisons, l'on ne peut accepter le titre de kératose folliculaire proposé par J. White et reprise par Bowen ; ce terme était également inexact et ne s'adaptait point aux faits. Du reste, J. Darier ne l'avait déjà point admis.

CHAPITRE X

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Le diagnostic se base essentiellement sur la présence et les caractères de la papulo-croûte. Il faut ensuite tenir grandement compte de la topographie de l'éruption, de sa localisation dans les régions bien déterminées que nous venons de signaler. L'état général est presque toujours très bon. Enfin dans les cas douteux, l'examen microscopique permettra de constater les lésions dont la description a été faite dans les chapitres précédents.

Quelques dermatoses présentent cependant avec la psorosperme des analogies incontestables.

La séborrhée croûteuse se manifeste en effet par des petites plaques brunâtres dont le siège est presque le même que celui des papules de la psorosperme. Mais des lavages tièdes ou des applications émollientes les font facilement disparaître; de plus les nombreux points noirs que l'on rencontre à la surface des follicules pilo-sébacés sont des comédons que la pression permet facilement d'exprimer et non des croûtes.

L'acanthosis nigricans est surtout caractérisée par une pigmentation sombre presque noirâtre, ayant

souvent les mêmes localisations que la pigmentation diffuse que l'on peut rencontrer dans la psorospermose. Mais l'on n'y rencontre jamais de croûtes, et jamais non plus de cellules analogues aux corps ronds ou grains que Darier a décrits.

L'ichtyose, les *naevi* verruqueux peuvent se confondre avec la psorospermose; le diagnostic se fera sur l'asymétrie habituelle des lésions de ces affections, sur leur localisation différente, sur l'adhérence si forte des squames et sur l'absence des papules croûteuses.

La thérapeutique n'a point jusqu'ici donné de brillants résultats; on peut modifier l'aspect sale et repoussant des lésions, prévenir les complications purulentes ou infectieuses. L'éruption semble bien souvent s'atténuer, pâlir, les papules diminuer de volume, perdre leur croûtelles; mais ce sont là les améliorations les plus heureuses que l'on ait pu obtenir. Le traitement indéfiniment prolongé ne parvient jamais à faire disparaître complètement l'éruption, et par contre, sitôt que le malade ne se soigne plus, de nouvelles poussées se produisent; tout le traitement antérieurement fait se trouve complètement annulé. Il convient donc de persister indéfiniment à soigner ces malades, et de leur instituer en quelque sorte un traitement chronique. L'hydrothérapie sous toutes ses formes, la balnéation tiède, les savonnages répétés, ont donné quelques résultats assez satisfaisants. Un grand nombre de pommades, de poudres ont été essayées, non sans succès : (pommades à l'acide pyrogallique 2/100, à l'acide salicylique, à la résorcine 4/100, au soufre, etc.).

Le résultat immédiat est toujours long, et si l'on ne peut espérer la guérison, du moins faut-il songer que les améliorations que l'on peut obtenir rendent possible la vie sociale du malade.

OBSERVATION I

(M. J. Darier, *in* thèse de Thibault, mai 1889, et résumé.)

La nommée Louise A..., âgée de 30 ans, entre le 14 avril 1888, dans le service de M. le professeur Fournier, pour s'y faire traiter d'une affection cutanée dont elle est atteinte depuis trois ans. Cette affection est étendue à toute la surface du corps, mais présente des foyers de confluences remarquables au cuir chevelu, aux tempes, à la ceinture, aux plis axillaires et inguinaux.

L'élément éruptif, tel qu'on le rencontre à l'état d'isolement et dans toute sa pureté, sur les flancs par exemple, est constitué par une papule recouverte d'une croûte, brun noirâtre ou grisâtre, saillante, acuminée, dure et sèche, adhérente aux téguments. Si cette croûte cède à l'effort mécanique, on s'aperçoit qu'il s'agit d'une véritable petite corne, enchâssée dans une dépression infundibuliforme de la peau, par une extrémité conique ou cylindrique, d'un blanc sale, de consistance demi-molle. L'entonnoir a les bords un peu saillants, et correspond à l'orifice dilaté d'un follicule pilo-sébacé d'où l'on voit parfois s'élever un poil qui subsiste à l'arrachement de la croûte.

Aux foyers de confluence, les éléments éruptifs sont agglomérés en placards; on trouve une couche brunâtre formée de saillies irrégulières, très serrées les unes contre les autres, et râpeuses.

Au cuir chevelu, pas d'alopecie; la peau est recouverte

de masses croûteuses épaisses, de couleur jaune sale ou grise, très adhérentes, à travers lesquelles les cheveux se fraient un passage. La région temporale, les sillons naso-géniaux, la lèvre supérieure, le menton, sont le siège de placards croûteux, à saillies peu marquées; sur le front se voient des éléments isolés, rugueux et par le grattage on détache des saillies une croûte s'enfonçant en coin dans un follicule pilo-sébacé. Sur le nez, hypertrophie des follicules sébacés, dont l'orifice visible contient du sébum un peu coloré à la surface. Cet état plus accentué vers les placards naso-géniaux ne permet pas le moindre doute sur le siège folliculaire de la maladie.

Au menton, au dos, sur les épaules et le cou, sur la partie supérieure de la poitrine, lésions de même nature mais plus disséminées. Nombreux comédons sur les épaules. Foyers de confluence au creux axillaire, à la ceinture, dans les régions inguinales et au pourtour de l'anus. Quant aux membres, l'éruption diminue à mesure qu'on s'éloigne de leur racine : elle s'éteint sur les avant-bras et les jambes.

Sur la face dorsale des mains, la malade affirma avoir eu des croûtes semblables à celles de la face; on n'y trouve qu'un semis de petites saillies rosées. Sur la face palmaire, on constate des petits points de couleur jaunâtre, gros comme une tête d'épingle, de consistance dure; leur coloration les fait reconnaître pour des épaissements de la couche cornée, écrasant et déviant les papilles à leur niveau.

La malade n'offre rien à signaler dans ses antécédents héréditaires; pas d'affection cutanée. Mère morte poitrine. Elle-même a présenté toute une série d'accidents scrofuleux (ophtalmie, abcès). En 1885, lupus du nez, traité et guéri par des scarifications et l'ignipuncture. Aucune trace de la maladie actuelle dans son enfance ou son adolescence. Les premières lésions croûteuses se-

raient apparues deux ou trois mois après le début d'une syphilis acquise (début difficile à préciser). Disparition des lésions syphilitiques par le traitement ioduré, et en partie des lésions croûteuses par un traitement approprié (savon vert et pommade soufrée). Mais à la place de l'endroit croûteux restaient des plaques rougeâtres sur lesquelles l'enduit ne tardait pas à se régénérer.

OBSERVATION II (résumée)

(Thibault, *in* Thèse, mai 1889.)

Homme de 41 ans, relieur, entré au service de M. Besnier, pour une affection cutanée étendue présentant les caractères principaux suivants :

a. Cuir chevelu : Squames abondantes, étendues à toute la surface, cheveux sortant par bouquets d'orifices communs. Autour de ces bouquets, existe un bourrelet circonférentiel sur lequel la peau est restée saine. Cheveux noirs, non tombés. Nombreux comédons sur la bordure du cuir chevelu.

b. Face. — Masse confluyente occupant le nez et l'espace entre l'aile du nez et le pli sous-palpébral, masse saillante. Aux oreilles le lobule est libre; mais lésions sur la conque et le pavillon.

c. Région dorsale. — Placard rouge un peu violacé, dans toute la hauteur du dos et des lombes, large de plusieurs travers de doigt. Nombreux comédons. A quelque distance de la ligne médiane, les éléments sont plus disséminés, mais rouges.

d. Région sternale et épigastrique. — Sur la partie antérieure du tronc, éléments confluentes au niveau de la ligne médiane de la fourchette sternale à l'ombilic. La peau est très rude et donne une sensation de râpe.

e. Omilic et région pubienne. — Maximum de dévelop-

pement des éléments au niveau du pubis; véritables tumeurs séparées par des sillons profonds. Très confluentes, elles remplissent toute la région; elles sont moins volumineuses sur l'hypogastre; s'arrêtent nettement à la racine du pénis, descendent jusqu'au 1/3 inférieur des bourses. Elles sont d'autre part très volumineuses au niveau du 1/3 interne du pli de l'aîne et de la racine du membre inférieur. Ces tumeurs sont irrégulières. Toute cette surface est humide, constamment baignée par la sécrétion qui s'écoule de ces orifices, donnant lieu à une odeur particulièrement fétide.

Membres supérieurs. — Tumeurs semblables sur la face antérieure des bras et des avant-bras : de coloration rouge grisâtre, moins volumineuses, moins confluentes, mais tout aussi rugueuses. La paume des mains est criblée d'une multitude de petits pertuis situés au sommet des crêtes papillaires.

Membres inférieurs. — Petites élevures papuleuses, moins marquées, plus disséminées sur les faces antérieure et postérieure. L'état général est bon. (Traitement par une pommade soufrée et par le savon salicylé soufré.) Modifications rapides des lésions; les avant-bras sont devenus lisses; on les saupoudre avec de l'alun, mais on ne peut continuer le traitement, le malade quittant brusquement l'hôpital. Antécédents héréditaires : père alcoolique, mère bien portante. Antécédents personnels : Marié femme bien portante, pas d'enfant. Début de l'affection depuis deux ans environ.

OBSERVATION III

Extrait de la thèse de M. Lutz (1860) et résumée.
(In Thèse Thibault.)

G..., de Marseille, 25 ans. Bonne santé jusqu'à 17 ans, Pas d'antécédents héréditaires.

C'est la face qui a été le point de départ des accidents, il y a environ sept ans. La face est pâle, comme boursouflée; les lésions siègent aux deux joues et au cou; la peau des joues est tuméfiée, ridée, flasque, d'aspect bizarre, ressemblant à une masse semée de bosselures avec de petits points noirs disséminés. Sur la région zygomato-maxillaire droite, existe une véritable tumeur haute de 5 cent. et large de 3 cent., rouge livide, molle, pâteuse. Sur cette tumeur on remarque quelques pertuis communiquant avec les cavités des glandes sébacées qui, par la pression, laissent échapper le produit de leur sécrétion. Il existe un assez grand nombre de ces tumeurs, mais plus petites sur la partie gauche de la face; l'aile droite du nez est également tuméfiée. Rien au front, au menton, au cuir chevelu. On en remarque à la partie latérale du cou, qui sont indurées ou en voie de suppuration.

Toute la région dorsale et la nuque sont couvertes de placards; peu épaissie, inégale, creusée de sillons qui tranchent sur la couleur rouge vif de la peau. A la partie antérieure du tronc, développement moins considérable de l'affection, sauf cependant au niveau des régions mammaires et inguino-crurales. Là en effet existent des masses énormes irrégulières, formées par l'agglomération de masses plus petites représentant autant de glandes malades. C'est aux membres que la lésion est le moins prononcée: presque nulle aux bras, elle se présente aux avant-bras sous la forme suivante: petites saillies coniques, assez volumineuses et surmontées de petits points noirs.

On note fort peu de chose aux mains qui n'en sont point cependant intactes; on trouve un groupe dans le premier espace inter-métacarpien.

Sur les cuisses, la lésion va en diminuant de haut en bas; aux jambes, les altérations actuelles sont rares, mais elles sont sillonnées de cicatrices; les talons ont doublé de volume par l'hypertrophie de la peau de la région.

Le malade a vu son état s'aggraver rapidement par suite de l'apparition de lésions brighthiques ; il est mort récemment (mars 1888).

OBSERVATION IV

Kératose folliculaire.

(James C. White. *Journal of cutaneous and genito, urinary diseases*, juin 1889.)

Le malade est un Américain âgé de 49 ans. Il n'a aucun antécédent héréditaire de maladie cutanée. Sa peau a toujours été normale jusqu'à l'âge de 22 ans, époque où il entra dans l'armée. Le premier indice de dermatose qu'il remarqua fut une éruption sur les épaules au-dessous du sac après une longue marche. Il paraît que les éléments éruptifs ressemblaient aux plus petits éléments actuels. Pendant les deux ou trois années suivantes l'éruption se répandit sur le tronc, mais les croûtes n'apparurent qu'ensuite, et elles se montrèrent d'abord sur le dos et la partie antérieure de la poitrine. Ce ne fut que deux ou trois ans après que les membres se prirent. L'état général était assez bon, mais le malade souffrait parfois beaucoup de prurit, et dans les dernières années, il se produisit des ulcérations aux jambes ; son corps exhalait une odeur d'une fétidité repoussante.

Lorsqu'il se présenta à l'hôpital la surface tout entière des téguments à l'exception de la paume des mains et de la plante des pieds, des parties génitales et de quelques parties de la région antérieure des bras, était envahie par des lésions que l'on peut analyser de la manière suivante :

1^o De petites papules de la grosseur d'une petite tête d'épingle, lisses, fermes, et ayant la coloration de la peau voisine.

2^o Des papules un peu plus volumineuses que les précédentes et d'aspect légèrement hypérémiques. Ces deux premières variétés de lésions ressemblent tout à fait à celles de la kératose pileuse, mais ne sont pas, peut-être, aussi nettement coniques.

3^o Des papules encore plus volumineuses, d'une forme hémisphérique aplatie, recouverte d'une matière cornée lisse ou polie, et variant comme coloration du rouge sombre au pourpre, au rouge sale, au brun et au brun noir. A une petite distance, elles ressemblent beaucoup à des lésions de lichen planus. Les sommets de quelques-unes d'entre elles ont été excoriés par le grattage et sont recouverts de croûtes hémorragiques.

Les trois ordres de lésions ci-dessus sont discrets et sont entourés d'une peau normale en apparence.

4^o Des plaques étendues, surélevées, formées par la confluence des lésions ci-dessus, recouvertes de concrétions cornées épaisses, jaunâtres ou brunâtres, aplaties.

5^o Des masses cornées, allongées, ayant d'un demi-pouce à un tiers de pouce de diamètre et d'un huitième à un demi-pouce de hauteur, de forme irrégulière, avec des sommets émoussés, tronqués, de couleur jaunâtre, de consistance dense. Ils peuvent être enlevés avec quelque difficulté et l'on voit alors que la lésion sous-jacente et fort élevée au-dessus de la surface de la peau saine, est hypérémique et humide.

Toutes ces lésions occupent en grand nombre le tronc et les membres, à l'exception de quelques points situés à la partie interne des bras. Les plus petites papules discrètes sont distribuées sur les flancs et les parties latérales des régions thoraciques, sur les surfaces de flexion des bras, les parties antérieures et postérieures du tronc et les extrémités inférieures dans presque toute leur étendue. Sur la partie inférieure des jambes, elles forment des placards épais, entourant le membre, sillonnés

de profondes fissures et ulcérations. Les saillies cornées les plus marquées étaient situées vers le milieu du tronc en avant et en arrière, surtout vers le sternum et le pubis.

6° Des plaques lisses, aplaties, noirâtres, surélevées, formant une sorte de revêtement continu sur la face dorsale des pieds et ressemblant à ce que les auteurs français appellent ichtyose noire cornée.

7° Des orifices folliculaires fort dilatés, distendus par des concrétions solides, un peu proéminentes et formant des élevures hémisphériques. Ils occupent presque toute la partie supérieure du visage.

8° Des cornes petites, coniques, aiguës, recourbées à leur sommet, faisant une saillie d'un tiers de pouce, et sortant de quelques-uns des follicules que l'on vient de mentionner. Elles sont situées au-dessous des yeux.

9° Quelques élévations circulaires assez considérables avec des dépressions centrales de près d'un demi-pouce de diamètre ressemblant tout à fait à un épithélioma cratériforme et situées sur les tempes.

10° De larges excroissances semblables à des papillomes presque fongoïdes d'aspect, remplissant presque entièrement l'espace situé derrière les oreilles et séparées les unes des autres par de profondes fissures.

Sur le cuir chevelu, se voient quelques élevures disséminées, de moyenne grosseur. Les cheveux sont normaux. Les téguments des paumes des mains, des plantes des pieds et des parties génitales n'ont subi que peu de modifications. Les ongles sont rugueux, un peu épaissis, et déchiquetés à leur bord libre. Sur la voûte palatine, on voit quelques élevures dures, petites, papuleuses.

Le téguments ne sont douloureux à la pression que vers les ulcérations des membres inférieurs. Il y a un prurit presque généralisé qui porte le malade à se gratter sans cesse, aussi les élevures cornées sont-elles souvent excoりées à leur sommet. Le malade exhale une odeur d'une intolérable fétidité surtout au niveau des jambes.

Il est facile de se rendre un compte exact du mode de production des lésions dont on vient de lire la description. Au début, elles ressemblent tout à fait à celles de la kératose pilaire, et elles commencent bien évidemment au niveau des orifices folliculaires.

L'examen histologique fut pratiqué par le docteur John T. Bowen : nous ne pouvons le traduire *in extenso*, mais il en résulte que le processus morbide est essentiellement une kératose du revêtement épithélial des orifices folliculaires, laquelle finit peu à peu en s'étendant par produire une dépression cupuliforme qui s'enfonce dans le chorion. La tendance à la transformation cornée est si grande que la portion centrale devient une sorte de corne solide, laquelle, grâce à l'accroissement constant de matière cornée au-dessous d'elle, est peu à peu soulevée au-dessus du niveau des téguments. L'examen histologique ne montre pas que les glandes sébacées soient atteintes par le processus, il prouverait au contraire qu'elles sont simplement déformées et déviées par la production cornée; cependant l'auteur réserve quelque peu son opinion sur ce point.

L'auteur est fort embarrassé pour classer une pareille dermatose; elle lui semble se rapprocher surtout de l'ichthyose, mais elle en diffère cependant par les caractères les plus essentiels. Il fait remarquer que dans le cas précédent, les lésions ne sont pas tout d'abord généralisées comme dans l'ichthyose; elles sont disséminées au début; elles ne se généralisent que peu à peu par production d'éléments nouveaux à côté des éléments anciens. De plus, elles ne sont jamais franchement desquamatives. Le processus anatomique est, lui aussi, tout à fait différent de celui de l'ichthyose. Il croit, néanmoins, pouvoir rapprocher son cas de l'ichthyose hystrix, de l'acné sebacea cornéa de quelques auteurs français, de l'ichthyosis follicularis de Behrend, de la cacotrophia folliculorum de Tilbury Fox.

OBSERVATION V

(Lustgarten, II^e Congrès international des sciences médicales,
Berlin, août 1890.)

M. Lustgarten, de New-York, présente des photographies et des dessins se rapportant à un jeune sujet, présentant une maladie cutanée ancienne caractérisée par un certain nombre de petites saillies sèches disséminées, qu'il avait peine à classer dans un type dermatologique courant, et dans lesquelles il avait fini par soupçonner la psorospermose folliculaire de Darier. On peut voir sous ces microscopes des préparations colorées qui représentent des coupes de peau passant par les follicules en question; on y voit les formations spéciales parasitaires qui confirment la nature de l'affection.

OBSERVATION VI

Kératose folliculaire.

(J. White. *Journal of cut. and gen.-urin. diseases*, janvier 1890.)

Au Congrès international de dermatologie tenu en août 1889, à Paris, on montra le malade qui avait servi à la thèse de Thibaut (mai 1889), et aux travaux de Darier publiés sous le titre de psorospermose folliculaire végétante. En le voyant je reconnus sans hésitation avoir affaire à un cas semblable au mien, etc.

Peu après mon retour du congrès, le docteur Evereths, de Worcester, m'envoya une jeune fille de vingt et un ans qu'il soignait depuis huit mois, me demandant mon diagnostic. A l'âge de 5 ou 6 ans elle avait eu sur les côtés

du front des taches brunes et sèches, si bien que ses camarades lui disaient qu'elle avait la figure sale. A 15 ans, ces taches lui couvraient presque tout le front. Elle en eut aussi dès sa première enfance, aux mains, aux poignets, à la partie inférieure du corps et aux cuisses : mais elle assure que ces lésions sont moins abondantes qu'alors, depuis l'emploi de traitements divers. A la figure, celles-ci se sont cependant étendues durant les six derniers mois. La jambe gauche fut amputée à mi-hauteur de la cuisse à l'âge de 16 ans pour une tumeur blanche qui durait depuis 9 ans; santé générale mauvaise.

Lorsque je vis cette jeune fille, les joues et le front étaient couverts d'élévations papuleuses, brunâtres, sèches, fermes, de forme semi-lunaire, dont la grosseur variait d'une petite à une grosse tête d'épingle. Les mêmes, plus clairsemées, se retrouvaient sur les côtés du nez et au menton, où elles avaient apparu plus récemment, ainsi qu'au cou et au haut de la poitrine. Le dos des mains présentait aussi de petites papules lisses, aplaties, ayant la même coloration que la peau normale. De plus, une inflammation active résultait de l'action des traitements employés. L'examen de l'abdomen, des hanches et du haut des cuisses me fit découvrir la présence de lésions beaucoup plus larges et plus apparentes qui me confirmèrent dans mon diagnostic. Ces surfaces présentaient de nombreuses proéminences, plus larges que les lésions de la face et de consistance plus dure. Elles se trouvaient toutes sur l'orifice des glandes sébacées; c'est au pubis qu'elles étaient le plus larges et le plus abondantes. Ces lésions ressemblaient parfaitement à celles que je décrivais dans le *Journal of cutaneous and geneto-urinaris diseases* du mois de juin, ainsi qu'à celles du malade présenté au Congrès international de Paris, et le docteur Bowen et moi nous reconnûmes ces affections comme étant absolument identiques.

A mon plus grand étonnement, j'appris que le malade décrit dans mon premier article était le père de cette jeune fille. La coïncidence étonnante d'une maladie si rare chez les deux membres d'une même famille nous suggéra naturellement l'idée de quelque relation étiologique entre ces deux cas.

Cependant, après information, nous apprîmes que la fille avait été adoptée par une autre famille dès sa première enfance et que son père ne l'avait pas revue depuis l'âge d'un an : circonstance qui diminue beaucoup la probabilité de quelque transmission. L'examen histologique fut fait par le docteur Bowen : « Les coupes de fragments enlevés sur la cuisse du cas n° 2 présentent les mêmes lésions que celles du premier cas, c'est-à-dire, dilatation de l'orifice des follicules pileux, dont l'espace élargi est rempli par une masse cornée; mêmes prolongements dans le chorion; pas d'altération de la structure même des glandes. En un mot, il ne peut y avoir aucun doute sur l'identité anatomique des deux cas. » L'examen de nouvelles coupes (cas n° 1), a démontré d'une façon indéniable que les préparations de Darier représentent le même processus pathologique que nos deux cas. Les cellules que Darier considère comme étant des parasites de la classe des sporozoaires s'y retrouvent aussi : ce sont des corps ronds possédant une membrane très réfringente, contenant un noyau et paraissant souvent enkystés.

OBSERVATION VII

(Euthyboule. — *Recue médico-pharmaceutique de Constantinople*, 1^{er} trimestre 1890. Etude sur la psorospermosé folliculaire végétante, ou maladie de Darier, à propos d'un cas consigné sous le titre d'éruption acnéique généralisée polymorphe et se rapportant vraisemblablement à cette affection.)

Euthyboule a rapporté au Congrès international de dermatologie de 1889 une importante observation qu'il dési-

gnait sous le nom d'éruption acnéique généralisée polymorphe, en déclarant qu'il n'avait jamais observé de faits semblables et qu'il ne lui trouvait d'analogie qu'avec une observation de Hallopeau. La communication faite par Darier, dans la même séance du Congrès, la présentation de son malade et la lecture de la thèse de Thibaut ont donné à penser à Euthyboule que son observation se rapportait à la psorospermose végétante de Darier. C'est à cette restitution qu'il consacre un intéressant travail.

Le malade qui en est le sujet ayant été perdu de vue, Euthyboule ne peut baser son argumentation que sur l'observation clinique, sans contrôle histologique; néanmoins, il rassemble un assez grand nombre d'arguments pour que son opinion soit des plus vraisemblables: analogie de caractères de la lésion élémentaire, envahissement du cuir chevelu avec empiètement sur les régions frontales et temporales, présence d'une bande longitudinale étendue de la fourchette sternale à l'ombilic et tombant perpendiculairement sur une bande horizontale située un peu au-dessus de l'ombilic, confluence extrême des lésions au niveau du pubis et des plis inguinaux, intégrité des membres, sauf au niveau de la face palmaire des mains.

Il y avait cependant entre ce fait et les cas déjà connus de psorospermose végétante, des différences dans les caractères objectifs, mais ces différences paraissent dues au peu d'ancienneté des lésions (un an) dans le cas d'Euthyboule.

OBSERVATION VIII

Psorospermose cutanée végétante.

(Professeur T. de Amicis, de l'Université de Naples. 1892.)

Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans qui présentait sur la peau des lésions multiples qu'on peut classer de la façon suivante :

1° D'innombrables nodules couverts d'une croûte brune sale et ressemblant à des comédons situés sur la face et le dos.

2° Des élevures papuleuses du volume d'une lentille à une fève, recouvertes d'une croûte sébacée sous laquelle on trouvait une surface inégale et villeuse (nuque, partie postérieure du thorax).

3° Sur le cou et la face antérieure du thorax, des taches jaune brunâtre de pityriasis versicolor.

4° De petites pustules d'acné disséminées.

5° Des nodules du volume d'une grosse tête d'épingle rouge brunâtre, d'aspect hémorragique, entourées d'une auréole (régions bulbaire et sacrées).

6° Des plaques parfois saillantes, de couleur sépia, à surface inégale, avec une très rare desquamation, tantôt isolées, tantôt entourant une des lésions suivantes.

7° Des plaques de 3 à 5 centimètres de diamètre, infiltrées, de couleur rouge brun, recouvertes d'une croûte formée de matière sébacée et d'exsudat, lequel provient des trous dont les plaques sont criblées (partie postérieure du thorax).

8° Des surfaces étendues de la peau dans les aisselles et la région inguinale droite sont couvertes d'une masse végétante, coupée de sillons et d'orifices d'où s'écoule une sécrétion abondante puriforme et fétide.

La bouche présente des plaques leucoplasiques à la face interne des joues et sur les bords de la langue ; les ganglions lymphatiques sont légèrement tuméfiés. Les cheveux et les ongles sont normaux, il n'y a pas de démangeaisons, mais seulement un peu de douleur aux points malades. L'affection cutanée actuelle a débuté depuis deux ans et s'est constamment aggravée, sans être influencée par le traitement mercuriel ou ioduré ou par aucun des traitements locaux qui ont été appliqués. La seule chose qui ait donné quelques résultats a été le raclage à la curette.

L'examen microscopique à un faible grossissement montre une prolifération énorme du corps muqueux de Malpighi avec de l'hyperkératose. La lésion débute par les prolongements interpapillaires qui s'allongent et s'enfoncent dans le derme à diverses profondeurs en se creusant de lacunes entourées d'épithélium. Avec un plus fort grossissement, on y reconnaît les éléments décrits par Darier. Dans certaines préparations, on trouve des corps en croissant ressemblant à des pseudo-navicules, et diverses formes de gonflement kystique des cellules qui contiennent des noyaux ou des cellules filles à double contour.

L'auteur admet que la maladie est constituée par une altération de la couche de Malpighi à marche lente et progressive qui débute par une hyperkératose; consécutivement l'épiderme prolifère, envoie dans toute l'épaisseur du derme des prolongements qui se ramifient, se creusent de lacunes et déterminent la formation d'élevures végétantes.

Ces lésions doivent être de nature parasitaire. L'opinion de Darier, qui admet que le parasite est une coccidie, mérite d'être sérieusement prise en considération, bien qu'elle ne soit pas encore prouvée.

OBSERVATION IX

(Bœck. — Sur les psorospermoses. Communication au 2^e Congrès de Dermatologie et de Syphiligraphie, Vienne, 1892.)

M. le professeur Bœck (Christiana) communique un nouveau cas de maladie de Darier, chez un paysan âgé de 33 ans (le cinquième cas en Norvège). La maladie s'était développée à l'âge de 10 ans et avait envahi en quelques années la plus grande partie du corps, un peu moins les extrémités. L'altération des ongles, qui ne manquait

dans aucun des cas observés, existait également ici. Il y avait également des lieux de prédilection pour l'éruption comme dans les autres cas, c'étaient les régions qui présentaient une sécrétion sudorale abondante.

A point de vue anatomo-pathologique M. Boeck insiste sur l'hyperkératose considérable de l'épiderme, qui est si profonde que la couche des cellules sus-jacentes au corps papillaire est elle-même altérée ; les autres sont à moitié cornées. Dans ces couches profondes, on remarque des cellules particulières, que Darier et d'autres auteurs regardent comme des psorospermies : « les corps ronds de « Darier. » Ces cellules renferment un noyau très évident et autour de lui un protoplasma rempli de grains d'éléidine, entouré d'une enveloppe à double contour. M. Boeck pense qu'il ne s'agit ici que de cellules hypertrophiées ou kératinisées. Il a pu s'assurer que les grains multiples qui se trouvent dans les cellules ne sont bien que des grains d'éléidine. D'un autre côté, il ne fut pas possible de déceler à l'aide d'un réactif quelconque des traces d'organisation dans ces cellules. Une autre hypothèse se présentait : ces cellules ne pourraient-elles pas renfermer, par exemple, des parasites ? Toutes les recherches faites dans ce sens n'ont abouti à aucun résultat.

Les tentatives d'inoculation sur des lapins à l'aide de frictions faites avec des croûtes restèrent négatives ; de même les tentatives de culture sur le sable humide et dans l'ichtyocolle liquéfiée.

Conclusions : 1° La présence de sporozoaires dans la maladie de Darier n'est pas prouvée jusqu'à présent.

2° Les corps ronds sont des cellules épidermiques devenues irrégulièrement cornées.

Cette maladie offre une grande ressemblance avec les processus séborrhéiques ; dans ces derniers il y a une tendance à l'hyperkératose. Une hyperhydrose locale est souvent combinée avec une hyperkératose locale, par exemple à la plante du pied.

OBSERVATION X

(Psorospermoze folliculaire. — Deux cas de dermatose de Darier, par Schveninger et Buzzi. *Atlas international des maladies rares de la peau*, 1892, II.)

Les auteurs rapportent deux observations de psorospermoze folliculaire avec examen microscopique : ils ne croient pas que les figures de coccidies soient des parasites, mais en font des altérations épithéliales.

OBSERVATIONS XI et XII

(Pawloff. — Zur Frage der sogenannten Psorospermosis follicularis vegetans.)

L'auteur publie les deux cas suivants qu'il a observés à l'hôpital Kalinskin de Saint-Pétersbourg.

Premier cas. — Ce cas concerne une paysanne de 16 ans, depuis longtemps atteinte d'un exanthème ayant envahi une partie considérable du corps. La maladie de la peau pour laquelle elle entre à l'hôpital a commencé vers l'âge de 4 ans. L'éruption survint d'abord à la face, puis elle se serait, dans l'espace d'une semaine, étendue à toutes les régions où on l'observe actuellement. Depuis cette époque la forme et l'aspect de l'éruption sont restés les mêmes, sauf des périodes passagères d'amélioration ou d'aggravation, ces dernières coexistant avec les époques menstruelles. L'éruption est absolument symétrique sur les deux moitiés du corps. Le cuir chevelu est inégal, recouvert de croûtes isolées, nombreuses, jaune clair, de la grosseur d'une tête d'épingle et plus principalement sur les régions pariétales et frontale. Ces croûtes sont très adhérentes au tissu sous-jacent. Le grattage détermine une surface inégale à peine rougeâtre ou jaune gris.

Sur le front, les faces, au voisinage du nez, près des oreilles, le menton, la peau est légèrement rouge; à un examen attentif, on découvre une grande quantité de petites papules rouges, très confluentes; à leur sommet, elles ont une croûte jaune grisâtre. Si l'on enlève ces croûtes par le grattage, il se produit très souvent une hémorragie capillaire. Sur le nez, dans les plis entre les joues et le nez, au menton, nombreux comédons.

Sur le cou, dans les fossettes sus et sous-claviculaires. on voit un grand nombre de papules semblables à celles décrites ci-dessus, très confluentes, et qui donnent à la peau un aspect chagriné. Sur le dos, le long de la colonne vertébrale, dans la région sacrée et les parties supérieures des fesses il y a des papules présentant exactement le même caractère, seulement elles sont un peu plus grosses et un peu plus saillantes. Dans le creux des aisselles, les papules ont une teinte plus jaunâtre; dans la région sternale, elles sont moins nombreuses; dans la région lombaire, elles sont rougeâtres et plus compactes que partout ailleurs. Sur l'abdomen il existe, au centre de certaines papules, de petits points foncés. La face externe des avant-bras, du dos des mains et des doigts, à l'exception de la dernière phalange et des articulations, est légèrement rouge, la peau à peine épaissie, inégale, envahie par de nombreuses papules presque confluentes, aplaties. de la grosseur d'une tête d'épingle et même encore plus volumineuses. A la paume des mains, la couche cornée est épaissie en quelques points, par exemple aux doigts, presque calleuse. A l'exception de l'indicateur de la main gauche les ongles sont altérés: ils sont plus courts, plus épais, leurs bords dentelés, et bon nombre présentent des sillons longitudinaux. Les creux poplités sont envahis par de nombreuses papules semblables à celles du creux des aisselles. Les jambes, surtout la face antérieure, sont le siège de papules plus petites, inégales, de coloration rouge brur, avec très légère desquamation. La plante et

le dos des pieds présentent les mêmes altérations que le dos et la paume des mains.

Le malade transpire très abondamment, à ce point que la sueur découle goutte à goutte du creux des aisselles, le long des parties latérales du tronc. En ce qui concerne les rapports des papules avec les follicules pileux, l'auteur a constaté qu'une grande partie des papules était traversée par un poil lanugineux central; toutefois ce symptôme, dans le cas actuel, n'était pas constant.

Deuxième cas. — Dans ce cas, il s'agit d'une paysanne de 28 ans, qui entra à l'hôpital pour un exanthème aigu survenu à la figure une semaine auparavant. En outre cette malade présentait encore une autre maladie chronique de la peau, sur la face ainsi que sur d'autres régions du corps. Cette affection, au dire de ses parents, se serait manifestée peu de temps après sa naissance et depuis lors jusqu'à aujourd'hui, elle présente des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Les cheveux de la malade sont noirs et, malgré son âge, ils commencent à grisonner. L'éruption est caractérisée, notamment en quelques points du cuir chevelu, par des croûtes isolées jaunes, de la grosseur d'une tête d'épingle, sèches, très adhérentes et entourant un poil lanugineux; ou bien ces croûtes sont situées entre les poils. Sur le front, au-dessus des sourcils, on voit deux grandes plaques rouges, irrégulières, recouvertes de croûtes assez transparentes, épaisses, jaune clair. Plaques analogues sur les joues, les oreilles et le menton. On remarque en outre sur la face d'assez nombreuses papules rouge brun, isolées, irrégulièrement disséminées et une grande quantité d'éphélides. La peau du cou et de la poitrine, ainsi que celle de la partie supérieure du dos, est recouverte d'éphélides, elle est inégale, rugueuse par suite de nombreuses élevures confluentes, recouvertes de croûtes sèches, dures, très adhérentes. Papules semblables, brun jaunâtre, sous les seins, dans le creux des aisselles, l'abdomen, dans les

régions sacrée et fessière. Sur les cuisses, les papules ont les mêmes caractères, elles entourent le genou et se réunissent dans les creux poplités. Aux jambes, elles sont en plus petit nombre, elles sont de nouveau plus abondantes sur le dos des pieds. Les ongles ne sont pas altérés, sauf celui du gros orteil du côté gauche, sa surface est recouverte de sillons longitudinaux. Les bras sont indemnes, quelques éphélides; aux avant-bras, nombreuses éphélides. Nombreuses papules sur la face dorsale des mains et des premières phalanges, avec les mêmes caractères que chez la première malade. Nombreux sillons longitudinaux sur les ongles, dont le bord libre est friable; la paume des mains présente des lésions assez prononcées, analogues à celles indiquées au cas numéro 1.

La malade accuse une augmentation de la sueur aux mains, aux pieds et dans le creux des aisselles; il lui est impossible de coudre sans salir son ouvrage.

Le père de la malade avait beaucoup d'éphélides, sa mère avait aussi depuis son enfance un exanthème chronique analogue au sien.

L'auteur expose ensuite très en détail les résultats de l'examen microscopique de ces deux cas. Les résultats concordent complètement avec ceux de Darier et d'autres auteurs, non seulement en ce qui concerne le caractère général des lésions, mais relativement aussi à la plupart des détails. Pawloff conclut de ses recherches que l'on a affaire ici à une maladie de l'épiderme *in toto*, par conséquent, à une hypertrophie de toutes les parties, autrement dit à de l'hyperplasie.

OBSERVATION XIII

(Fabry. — Bericht über einen typischen Fall von sog. Darierscher. Psorospermose (Archiven f. Dermatologie und Syphilis 1894). In Annal. Dermatolog. 1895.)

La psorospermose décrite par Darier est une de ces

dermatoses qu'un certain nombre d'auteurs regardent comme ayant pour point de départ des psorospermies.

Le cas qui nous concerne est un malade âgé de 67 ans. Rougeole et coqueluche dans son enfance, plus tard la variole; il a eu fréquemment aussi des crises épileptiques. Dans sa jeunesse, nombreux comédons de la face et du cuir chevelu. Le début de l'éruption actuelle remonterait à 30 ans. Elle était symétrique et localisée principalement sur le tronc; elle s'étendait aussi aux parties voisines des membres supérieurs et inférieurs; sur le visage et le cuir chevelu, innombrables papules plus ou moins volumineuses, en général isolées, outre un très grand nombre de comédons. Sur la muqueuse bucco-linguale, quelques élevures; les muqueuses pharyngienne et nasales étaient indemnes. Dans les points où les efflorescences sont isolées, il est facile de reconnaître des élevures papuliformes; sur le tronc, les efflorescences forment de larges plateaux si compacts, notamment en avant sur la ligne médiane et en arrière le long de la colonne vertébrale, que nulle part on ne trouve d'îlots de peau saine. Les ongles étaient complètement normaux, tandis que Boeck a trouvé des altérations constantes des ongles. Les papules étaient dures et au toucher on avait la sensation d'une râpe. Il est facile avec l'ongle d'enlever sur les papules isolées des prolongements cornés acuminés. Les ganglions, inguinaux axillaires, cervicaux et occipitaux sont légèrement tuméfiés, mais indolents. Les organes internes sont intacts. Le malade s'est plaint à plusieurs reprises d'un violent prurit. Du traitement et de la marche de la maladie, il y a peu de choses à dire; les pommades les plus diverses (sublimé, acide phénique, acide salicylique, goudron, pyrogallol, acide chrysophanique) ont été essayées sans le moindre succès.

Le malade fut congédié au bout de quelques mois; on excisa un fragment de la peau du dos pour l'examen histologique. L'auteur a examiné de très nombreuses coupes

et les a traitées par les méthodes de coloration les plus différentes pour obtenir autant que possible une représentation exacte des altérations pathologiques et pour pouvoir reconnaître les corpuscules signalés par Darier.

Tandis que cet auteur place la lésion principalement dans les glandes sébacées, tous les autres observateurs, qui, après lui, se sont occupés de la maladie, ont une opinion absolument différente, mais tous sont d'accord qu'il s'agit d'une hyperplasie de tissu localisée dans l'épiderme et atteignant toutes les couches. Cette hyperplasie augmente d'intensité à partir du derme vers le stratum corné qui est formé de nombreuses couches superposées; comme Fabry a pu le constater, dans toutes les préparations, la couche cornée est stratifiée, semblable à des lamelles laissant entre elles des espaces intermédiaires plus étroits.

Les altérations les plus frappantes de l'épiderme et très importantes pour le diagnostic se rencontrent dans les points où l'on observe le développement d'une papule épidermique, c'est-à-dire là où il y a eu une production cornée tout à fait excessive, et où il semble, à première vue, qu'un cône corné dur ait été enfoncé comme un coin dans la couche molle de Malpighi. C'est une caractéristique très frappante de l'efflorescence papuleuse, qui se montre d'une manière constante et ne se rencontre dans aucune autre maladie. A l'œil nu on constate, sur les coupes de la papule, que la production cornée se prolonge jusque dans les couches les plus profondes du réseau de Malpighi.

En suivant les coupes plus loin vers le derme et les papilles sous-cutanées, l'auteur a constaté la présence de petits foyers et aussi de quelques foyers plus considérables d'infiltration de petites cellules autour des vaisseaux ainsi qu'autour des glomérules des glandes sudoripares (Petersen). Le derme et le tissu sous-cutané ne présentaient rien autre d'anormal. Les glandes sébacées paraissaient n'avoir aucun rapport avec les efflorescences papuleuses en question et étaient normales.

Si l'on examine les coupes à un fort grossissement en faisant provisoirement abstraction de la situation et de la forme des corps ronds et grains décrits par Darier, il faut signaler les points suivants : les couches cornées sont singulièrement dilatées, peu adhérentes, superposées en lamelles ; ça et là disséminées se trouvent de grosses cellules dépourvues de noyaux, très réfringentes ; les lamelles cornées pénètrent fréquemment très profondément dans le réseau de Malpighi.

Quant à l'interprétation des cellules que Darier a considérées comme des parasites, l'auteur croit qu'il s'agit bien vraisemblablement des phases différentes de dégénérescence, c'est-à-dire de kératinisation des cellules épithéliales. Fabry conclut en disant qu'il s'agit bien là d'une maladie nouvelle très caractérisée, mais que l'hypothèse de Darier, qu'elle serait due à des psorospermies de la peau, n'est pas confirmée par les faits.

OBSERVATION XIV

(H. Mourek. — Dermatoze de Darier. — Ein Beitrage zur Lehre von der Dermatosis Daries. In *Annal. Dermatologiques*, 1895.)

Le cas rapporté par l'auteur concerne un malade de 54 ans. L'affection actuelle a commencé il y a environ six mois par l'apparition sur le pubis de taches brunâtres et de papules. Dès le début, l'éruption s'accompagna d'un prurit assez fort et l'extension au reste de la peau fut relativement rapide. Mourek décrit ensuite très en détail l'observation de la maladie. Elle ne se distingue en rien de celles publiées jusqu'à présent. La localisation symétrique mérite une mention spéciale, d'autant plus que les efflorescences présentent sur les deux moitiés du corps une disposition d'une uniformité presque surprenante. Les ongles des orteils sont beaucoup plus altérés que ceux des doigts.

Les divers traitements employés n'ont eu aucun résultat. Le malade, après un an de séjour à la clinique, mourut d'un œdème pulmonaire aigu. Quelques particularités de peu d'importance sont à signaler : la maladie est survenue à un âge plus avancé qu'elle ne se développe d'ordinaire ; en outre, elle était plus étendue que dans la plupart des autres cas, bien que sa durée ait été relativement courte. Elle était accompagnée de prurit. Les résultats de l'examen histologique concordent en général avec ceux des autres auteurs ; les essais d'inoculation artificielle ont échoué.

OBSERVATION XV

(Neumann. — Société viennoise de dermatologie. Septembre 1895.)

Psorospermosse de la peau.

Une jeune fille de dix-sept ans chez laquelle les sillons et les lignes sont très enfoncés et très distants les uns des autres, sur la peau du cou et à la nuque, des cavités axillaires, du sternum et de la face interne des cuisses. La peau, dans ces régions, est divisée en quadrillage polygonal et, sur les parties les plus atteintes, on voit de véritables proliférations et boursouffures. Dans le creux des aisselles, il y a des bourrelets et des replis volumineux.

Les organes génitaux sont recouverts de productions miliaires semblables à des condylomes acuminés, tandis que, sur les parois latérales du thorax, il existe des amas cornés brun pâle. Il s'agirait peut-être ici de la maladie de Darier, psorospermosse de la peau, bien que, jusqu'à présent, l'examen microscopique n'ait pas fait reconnaître les coupes en question.

OBSERVATION XVI

(Neumann.— Société de médecine de Vienne, 10 janvier 1896.

(*Ann. Dermatol.*, 1896.)

Psorospermose cutanée végétante.

M. Neumann présente une jeune fille de 17 ans qui serait atteinte de psorospermose depuis deux ou trois ans. Elle présente, autour du cou et de la nuque, dans le sillon inter-mammaire, au nombril et surtout dans les régions axillaire et inguinale, une coloration brun-gris très marquée de la peau. En ces points, elle est épaissie, les lignes et les sillons normaux sont très accusés et très déprimés. Sur les bourrelets cutanés intermédiaires, il existe de petits amas cornés circonscrits, en forme de points ou de papules, noirâtres, légèrement excoriés par le grattage, ou bien des condylomes acuminés ou des excroissances verruqueuses comparables à de petits mollusca. Mais, on trouve sur presque toutes les parties du corps, surtout entre les épaules, sur les parois latérales du thorax et le dos du pied, les mêmes lésions de la peau, mais à un beaucoup plus faible degré, le plus souvent, elles sont seulement indiquées. Dans les plis inguinaux, les bourrelets sont plus larges, flasques, condylomatiformes, tandis que les organes génitaux, la vulve, sont intacts. Dans les régions affectées, la sécrétion sudorale est augmentée. L'examen microscopique n'a pas fait, jusqu'à présent, reconnaître des éléments semblables à des psorospermies. On constate une hypertrophie de l'épiderme, du pigment et du tissu dermique. L'épiderme est kératinisé de bonne heure. Les cellules kératinisées sont placées par couches les unes au-dessus des autres, à l'intérieur des cellules papillaires et sur les papilles et remplissent également les follicules pileux et les orifices des glandes

sudoripares. Dans les couches supérieures, comme dans les papilles, il y a des cellules rondes pigmentées et d'autres sans pigment.

OBSERVATION XVII

(John-T. Bowen. — Kératosis follicularis. (*Journal of cutan and genito-urin. diseases* juin 1896.) In *Annal. dermatol.*, 1897.)

Il s'agit d'une femme de 29 ans dont les lésions débutèrent à la face lorsqu'elle n'était encore âgée que de 16 ans. Son aspect est absolument caractéristique, surtout à la face. En cette région, les tempes, les ailes du nez et les oreilles sont particulièrement atteintes; les lésions, constituées par de petites papules, centrées pour la plupart par une petite masse graisseuse, sont, en ces points, si confluentes qu'elles forment des placards à surface surélevée et irrégulière.

Les éléments cutanés sont très nettement groupés autour des orifices folliculaires et sont très répandus à la surface du corps. Les régions interscapulaire, sternale, ombilicale, les grandes lèvres sont particulièrement envahies; les pieds et les mains seuls sont absolument indemnes.

De l'examen histologique des lésions de cette malade, ainsi que de l'étude des deux autres cas analogues publiés par White, l'auteur conclut que cette lésion est caractérisée primitivement par des lésions de kératose siégeant à l'orifice des follicules pileux.

Au sein de ces lésions, il a toujours trouvé, en grand nombre, ces cellules particulières décrites si minutieusement dans le mémoire de Darier et qui, d'après lui, seraient de nature parasitaire (coccidies). Contrairement à Darier, l'auteur n'admet pas la nature coccidienne de ces cellules. Il a trouvé, dans leur intérieur, de l'éléidine et

de la kérato-hyaline. De plus, il aurait retrouvé de semblables éléments dans d'autres troubles de la kératinisation. Ces diverses considérations le portent à croire qu'il s'agit, simplement, dans ce cas, de cellules épithéliales, modifiées au cours des troubles de la kératinisation qui caractérisent essentiellement la maladie.

Quelle que soit d'ailleurs la nature de ces cellules, elles ont une grande importance au point de vue du diagnostic puisqu'elles sont toujours abondantes dans les cas de psorpermose folliculaire végétante.

OBSERVATION XVIII

(John-T. Bowen.—Kératose folliculaire limitée à la tête et aux mains, juillet 1896. (*Annales de Dermatologie*, 1898.)

La malade était une femme de 33 ans, célibataire, née dans la Nouvelle-Angleterre et habitant une petite ville voisine de Boston. Personne dans sa famille soit parmi ses ascendants soit parmi ses collatéraux, n'a présenté de traces d'une maladie cutanée ayant quelque importance à l'exception de sa mère qui, dit-elle, a les mains dans un état ressemblant à celui où sont les siennes. Elle-même jouit d'une bonne santé et en dehors des maladies de l'enfance, n'a eu qu'une pleurésie remontant à sept ans.

Cette femme vint me consulter en raison des lésions qu'elle portait sur la face et qui, à son dire, ont pris leur apparence actuelle pendant les trois dernières années. Elle est absolument certaine que, auparavant, la peau du visage, quoique étant toujours plutôt rude et épaisse, ne présentait aucune des lésions qu'on y constate actuellement. Elle reconnaît cependant, que la peau de ses mains, aussi loin que remontent ses souvenirs, n'a jamais eu un aspect normal, quoiqu'elle ne s'en soit jamais préoc-

cupée spécialement. Elle pensait simplement qu'elle avait la peau épaisse et rude.

A première inspection, la peau de la face était épaisse, pâle, onctueuse, avec une teinte brunâtre, particulièrement marquée autour des tempes et sur les limites du cuir chevelu. A un examen plus attentif, il semblait que la peau, dans toute l'étendue de la face, était épaissie et couverte d'un grand nombre de petites papules, très légèrement saillantes, quelques-unes centrées par une dépression qui était, occupée par une sorte de petit bouchon ou de cône d'apparence graisseuse. Cet aspect était particulièrement marqué dans les plis naso-labiaux et dans les régions temporales au voisinage de la bordure du cuir chevelu. Cependant, c'était en arrière des oreilles que siégeaient les lésions les plus prononcées; à ce niveau, l'aspect était absolument celui que l'on observe dans d'autres cas plus nets de maladie de Darier. Les éléments considérés en particulier, étaient beaucoup plus larges que ceux qui occupaient la face et étaient constitués par des saillies papuleuses, fermes, très rapprochées les unes des autres, avec une dépression centrale occupée par un bouchon ou un cône graisseux.

Les papules étaient, en beaucoup de points, confluentes et toute la masse située dans la région rétro-auriculaire avait un aspect irrégulier et papillomateux. A la partie supérieure du cou il y avait quelques petites papules disséminées, dont la partie saillante avait l'aspect gras de la matière sébacée. Le cuir chevelu était couvert de croûtes grasses sébacées et de squames, différant de l'état séborrhéique ordinaire en ce que beaucoup de croûtes s'enfouaient dans des dépressions d'où l'on pouvait facilement les arracher. La chevelure était épaisse et vigoureuse. Les mains, qui, d'après la malade, avaient toujours présenté quelques lésions aussi loin qu'elle pouvait se souvenir, étaient couvertes sur leur face dorsale de petites papules fermes, serrées les unes contre les autres; ayant

toutes les mêmes dimensions et de couleur absolument identique à celle de la peau normale. Il n'y avait ni croûtes ni dépressions et les papules étaient recouvertes d'une couche cornée ininterrompue et épaissie, qui leur donnait l'apparence verruqueuse. La cohérence de ces papules donnait lieu à un épaississement en masse de la peau de la face dorsale de la main. A la paume des mains, la peau était très épaissie, avec exagération des dépressions et des plis normaux. Les ongles étaient un peu cassants, et striés longitudinalement, mais peu déformés.

Un examen attentif du reste de la surface cutanée ne permit de reconnaître aucune lésion. A l'exception des régions mentionnées ci-dessus, tête, cou et mains, la peau était partout lisse et mince, sans aucune trace de lésions papuleuses ou autres.

Un fragment du volume d'un petit pois, excisé dans la région rétro-auriculaire, fut soumis à l'examen microscopique après durcissement par l'alcool. Les lésions étaient nettement folliculaires. Les coupes montraient que les orifices de deux follicules pileux adjacents étaient atteints, le col du follicule étant très dilaté, et rempli par le cône corné si caractéristique de cette affection. Il y avait une prolifération prononcée de l'épithélium du follicule, ainsi que le prouvait la pénétration de bourgeons épithéliaux à travers le chorion dans plusieurs directions. Les cellules rondes entourées d'une double membrane réfringente, qui sont si caractéristiques de cette maladie, se voyaient en grand nombre à la base des lésions et à quelque distance au-dessus tandis que dans leur portion supérieure kératinisée on pouvait constater la présence de petites cellules brillantes que M. Darier a désignées sous le nom de « grains ». Dans ce cas, on pouvait voir que les cellules rondes à figure de coccidies étaient par place remplies de kérato-hyaline.

L'emploi prolongé de diverses pommades à bases d'agents stimulants et kératolytiques (acide salicylique,

résorcine, soufre, etc.), détermina une amélioration marquée dans l'aspect du visage de la malade. Les lésions s'étaient beaucoup aplaties et un grand nombre de productions cornées avaient disparu. On ne pourrait cependant dire que la malade est guérie et il m'a semblé que si on suspendait le traitement, pendant longtemps, elle reviendrait à son état antérieur.

OBSERVATION XIX

(M. Jacobi. Communication à la Société allemande de Dermatologie, Strasbourg, mai, 1898.)

Jacobi présente un cas typique de psorospermosse folliculaire végétante montrant les différentes périodes des efflorescences primaires.

Les « corps ronds » et grains de Darier sont distincts et typiques. La mère de ce malade est atteinte depuis son enfance de la même affection.

Touton fait remarquer qu'il existe, chez ce malade, des groupes de petites saillies cornées, acnée cornée des Français. Un de ces cas décrit par Hallopeau sous le nom d'acné sébacée concrète, a été publié plus tard par Darier comme étant son premier cas de psorospermosse folliculaire, tandis que lors d'une discussion précédente il a fait remarquer que quelques points présentaient les caractères de l'acné cornée, acné sébacée cornée. Ce cas démontre donc que dans l'acné cornée, il s'agit de périodes abortives ou initiales de la maladie de Darier.

OBSERVATION XX

(G. Melle.— Etude clinique et anatomo-pathologique sur la psorospermosse cutanée végétante. (*Journal italien des maladies vénériennes et de la peau*, 1896.)

Femme de 29 ans, enceinte pour la quatrième fois, présentant depuis un mois des lésions cutanées qui ont

débuté sur les mamelons par de petites vésicules accompagnées d'une sensation intense de brûlure; depuis, les lésions se sont développées aux jambes, aux aisselles, aux aines, au cou, débutant toujours par des vésicules qui ne tardent pas à se rompre. Au cou, dans une grande partie de son étendue, surface rouge, infiltrée, donnant lieu à une exsudation d'odeur nauséabonde, avec saillies papuloïdes ou papillomateuses, et, par places, très petites vésicules réunies en groupe analogues à ceux du zona. Dans les creux axillaires, végétations papillomateuses de couleur rouge vif, réunies en séries linéaires et séparées par des sillons profonds. Sur les mamelons et les aréoles, croûtes noirâtres très adhérentes, sèches laissant, après leur ablation une surface érosive, peu suintante. Croûtes semblables au niveau de l'ombilic. Dans toute l'étendue des plis inguino-cruraux et au-dessus et au-dessous d'eux, végétations papillomateuses avec exsudation fétide, formant des placards limités par des bords saillants. Croûtes noirâtres à la face interne des cuisses.

Melle a pu suivre l'évolution des lésions et constater qu'elles débutent par des vésicules blanchâtres de la dimension d'une tête d'épingle ou d'un grain de raisin, isolées ou réunies par groupes de cinq, six et plus, qui se rompent bientôt, tandis que de nouvelles vésicules se produisent au voisinage; puis les vésicules se rompent mettant à nu le derme, dont les papilles deviennent végétantes et dépassent le niveau de la peau.

Quelques jours après une fausse couche de cinq mois, les lésions commencèrent à s'effacer et à se dessécher et au bout de quelques mois il n'en restait plus de traces. L'examen histologique montra la présence de psoropermies semblables à celles décrites par Darier.

OBSERVATION XXI

(Augagneur et Carle, juillet 1904. Psorospermose folliculaire
végétante.)

Ad. R..., âgée de 32 ans, est trieuse de charbon et travaille dans les mines de La Mure (Isère). Elle demeure dans le voisinage de La Motte-d'Aveillans.

La malade s'est présentée le 8 mars 1904 à l'hospice de la Charité (Lyon) pour y terminer sa grossesse qui en était au huitième mois et demi. En l'examinant, on découvrit une éruption curieuse qui décida son transfert à l'hospice des Châteaux (Antiquaille) où elle fut admise le même jour, au n° 14 du troisième étage, service de M. le professeur Augagneur.

L'interrogatoire nous apprend peu de chose. Rien à noter dans les antécédents héréditaires ou personnels. Une première grossesse en 1893 s'est passée sans incidents.

L'éruption actuelle date du second mois de la dernière grossesse, c'est-à-dire de fin juin 1903.

A cette époque, la malade affirme avoir aperçu, pour la première fois, un grand nombre de boutons sur le cou. Elle n'y attacha, d'ailleurs, aucune importance, non plus qu'aux phénomènes qui suivirent. Nous savons seulement qu'en deux ou trois mois, la même éruption s'installa sur l'abdomen, puis descendit sur les cuisses. Au même moment, les avants-bras et le dos des deux mains se couvraient de boutons tout à fait analogues aux précédents. Nous ne pouvons rien savoir sur le mode d'apparition ou sur sa rapidité. Ce peu de renseignements s'explique par l'absence complète de symptômes subjectifs concomitants, mais aussi par la mentalité nettement inférieure de la malade et le manque absolu des soins de propreté.

Actuellement l'éruption couvre trois régions :



1° Le cou en entier, avec tendance à envahir les régions mastoïdiennes et pariétales.

En arrière et sur les côtés, le cuir chevelu est atteint. L'éruption se limite sur le thorax par une ligne courbe assez régulière unissant les deux clavicules. La face, le cuir chevelu (vertex et région frontale) sont respectés ;

2° Les bras (face antérieure et interne) jusqu'à l'aisselle, le pli du coude, les avant-bras, côté de la flexion jusqu'au poignet, le dos des mains et des doigts. Rien sur les faces palmaires ;

3° L'abdomen en entier avec extension en haut sur les régions lombaires, en bas sur les plis de l'aîne, les cuisses (face antérieure et interne).

Sur chacune de ces régions, l'éruption se dispose différemment et affecte un aspect particulier.

1° Le cou est tout entier hérissé d'une série de petites papules noirâtres, très distinctes, non confluentes, saillantes quelque peu sur une peau brunâtre mais normale, sans aucun signe d'irritation cutanée. Sur le cou, les éléments ont le volume d'une lentille ; ils s'atténuent à la périphérie, gros comme des grains de mil, pour disparaître insensiblement. Chacun des éléments représente un petit cône corné, dur, haut de 1 à 2 millimètres variant du rouge foncé au brun, adhérant fortement à la peau. L'extraction par pression forte entre les doigts, laisse un petit orifice saignant contenant une graisse jaunâtre qu'un extracteur de comédons peut expulser. Souvent aussi l'adhérence est telle que cette extraction est impossible. Le grattage détache difficilement les éléments.

Les plus volumineux parmi ces cônes tronqués, présentent au sommet une ombilication légère, surtout perceptible à la loupe.

L'ensemble donne à la main d'une façon très nette l'impression d'une râpe à fromage. La coloration est évidemment exagérée par les poussières, car une friction forte à l'alcool-éther leur donne un ton beaucoup plus clair. Au-

un signe d'irritation cutanée, sauf derrière les oreilles où quelques croûtes cachent une rougeur assez marquée de l'épiderme. Pas la moindre sensation de prurit ou de brûlure. Aucune douleur, ni spontanée ni provoquée ;

2° Les mêmes caractères se retrouvent sur les membres supérieurs, bras et avant-bras. La confluence y est moindre. Les papules y sont distantes d'un demi à un centimètre. Elles sont également plus petites. Sur le dos des mains, par contre, elles ont des caractères spéciaux. Elles ne sont plus acuminées, mais étalées, ni cornées, ni croûteuses, rappelant tout à fait l'aspect des verrues planes, juvéniles, avec un peu plus de rougeur et de confluence, car elles se touchent toutes en cette région, formant une nappe papuleuse uniforme. Aucun symptôme subjectif.

Les ongles sont malades. Ils présentent d'abord une striation longitudinale marquée qui ne va pourtant pas jusqu'à la cassure ; puis un aspect déchiqueté du bord libre, que nous avons mis sur le compte du travail manuel pénible et quotidien. Mais la malade se repose depuis quatre mois et les extrémités unguéales se cassent avec la même facilité, dénotant sans aucun doute une friabilité anormale ;

3° L'abdomen, les lombes et les cuisses sont hérissés de productions identiques à celles du cou. Le maximum de confluence se trouve aux aînés où les papules, tassées les unes contre les autres, ne laissent entre elles aucun intervalle de peau saine. De plus, cette région s'est intertriginisée, si bien qu'elle présente un aspect rougeâtre et croûteux, ainsi qu'un suintement fétide. Les papules sont plus hypertrophiées, moins acuminées, moins cornées, plus étalées, plus prurigineuses. Elles conservent ce caractère jusque dans les plis génitaux-cruraux et sur les faces externes des grandes lèvres. A ce niveau, elles sont plus végétantes que folliculaires, affectant quelque ressemblance avec les plaques muqueuses hypertrophiques de cette région.



L'examen des autres organes ne nous apprend rien. L'évolution est simple. L'accouchement, effectué sans incident le 25 mars 1904, ne change en rien l'aspect ou le nombre des éléments. Un traitement approprié (lavage et poudre) guérit les complications intertrigineuses génito-crurales et arrête dans leur croissance les productions vulvaires. Aucune modification sur le reste du corps.

La malade sort le 15 avril pour reprendre aux mines de la Mure (Isère) son métier de trieuse de charbon.

L'examen histologique d'une portion du tégument, enlevée au niveau de l'abdomen, a été fait dans le laboratoire de M. le professeur Tripier, par le docteur Paviot, professeur agrégé, auquel nous adressons nos remerciements.

En voici les résultats :

On constate, d'une façon générale, un épithélium cutané atrophie, aminci, diminué d'épaisseur, d'ailleurs irrégulier, surtout comme bourgeons interpapillaires. D'une façon générale encore, cet épithélium repose sur un derme très scléreux, scléreux jusque dans les élevures papillaires, et pauvre en cellules fixes ou ovales. Mais sur un ou deux points par coupes, on voit apparaître dans le corps muqueux de Malpighi une sorte d'élevure lenticulaire, qui soulève les couches cornées épaissies. Le centre de ces élevures s'est vidé. Au voisinage de cette cavité centrale, les cellules malpighiennes deviennent toutes vésiculaires, rondes ou ovales, et conservent autour de leur vésicule centrale une nappe de protoplasma hyalin et un double trait clair (ce sont certainement ces cellules malpighiennes altérées, revenues à l'état rond, qui ont été prises pour des éléments psorospériques). Au niveau de cette sorte de boursofflure évidée de l'épithélium dans le derme, les cellules ovales déjà munies de protoplasma, sont plus abondantes, l'ensemble répondant certainement à des foyers de dermite. Ailleurs, c'est de l'atrophie avec sclérose.

Follicules sébacés, glandes sudoripares, gaines des poils, sont simplement enserés dans la sclérose du derme, mais ne présentent aucun signe histologique d'inflammation. Notamment, les glandes sébacées sont très atrophiées.

Cette observation résume fort bien les différents aspects sous lesquels l'affection peut se montrer, y compris l'apparence intertrigineuse des plis et l'allure de verrues planes des éléments des mains. A noter les lésions des ongles, la mentalité tout à fait inférieure de la malade, concomitances déjà signalées. Le début au moment de la grossesse, mérite d'être relevé.

Histologiquement, le point essentiel est le siège non folliculaire des lésions. Le fait a déjà été signalé, mais il était ici d'une netteté remarquable. En sorte que le nom choisi pour qualifier cet ensemble de symptômes ne paraît décidément pas très heureux.

CONCLUSIONS

- I. La psorospermosse folliculaire végétante est une dermatose chronique relativement rare dont l'étiologie est encore actuellement inconnue.
- II. L'affection est caractérisée par des papulo-croûtes dont le siège jusqu'ici avait été considéré comme folliculaire, mais qui semble, d'après les derniers travaux publiés à ce sujet, n'avoir, au contraire, aucun rapport avec ces follicules. Ces papulo-croûtes ont une topographie régionale très bien déterminée.
- III. Histologiquement, la maladie serait due d'après certains auteurs, notamment Darier, à un trouble spécial de la kératinisation des cellules épidermiques; d'après MM. Augagneur et Carle, au contraire, à des lésions de l'épithélium et du derme, caractérisées par un processus atrophique et scléreux avec production de foyers inflammatoires de dermite.
- IV. La dénomination de l'affection serait impropre, car la psorospermosse folliculaire végétante ne serait ni une psorospermosse, ni une affection spécialement folliculaire. Elle ne serait, de plus, végétante que dans quelques cas.

V. Au point de vue thérapeutique, aucune psorose n'a pu être guérie jusqu'ici : on peut cependant améliorer l'état des malades en modifiant sensiblement l'aspect repoussant des lésions, et en leur évitant tout danger de complications.

Vu :

Le Président de la Thèse

H. SOULIER.

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 21 novembre 1904.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- THIBAUT (A.). — Thèse de Paris, mai 1889. Observations cliniques pour servir à l'histoire de la psorospermosse folliculaire végétante de Darier. Observations de Darier, Thibault, Lutz, 1860.
- DARIER (J.). — De la psorospermosse folliculaire végétante. *Annales de dermatologie*, juillet 1889.
- WHITE (James C.). — Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, june 1889. Kératose folliculaire. In *Annal dermatolog.*, 1890.
- LUSTGARTEN. — Congrès international des sciences médicales. Berlin, août 1890.
- WHITE (James C.) et BOWEN (John). — Journal of cutan. and genit.-urin. diseases, january 1890. Kératosis follicularis. In *Annales dermatolog.*, 1890.
- EUTHYBOULE. — Revue médicale pharmaceutique de Constantinople, 1890. Étude sur la psorospermosse folliculaire végétante ou maladie de Darier. In *Annales dermatolog.*, 1890.
- AMICIS (T. de). — De Naples. II^e Congrès de dermatologie et de syphiligraphie de Vienne, sept. 1892. Psorospermosse cutanée végétante.
- BOECK. — De Christiania. Sur les psorospermoses. Communication au même congrès de Vienne. In *Annales dermatol.*, 1892.
- SCHWENINGER et BUZZI. — Psorospermosse folliculaire. Atlas international des maladies rares de la peau, 1892, tome II.
- PAWLOFF. — Zur Frage der sogenannten Psorospermis follicularis vegetans. In *Annal. dermatolog.*, 1894.

- FABRY. — Bericht über einen typischen Fall von sog. Darrierscher Psorospermosen. In *Annal. dermatolog.*, 1895.
- MOUREK. — Ein Beitrag zur Lehre von der Dermatosi Darriers. In *Annal. dermatolog.*, 1895.
- NEUMANN. — Société viennoise de dermatologie, septembre 1895. Psorospermosen de la peau.
- RAVOGLI. — XI^e Congrès international de médecine à Rome. Communication. In *Annal. dermatolog.*, 1895.
- NEUMANN. — Société des médecins de Vienne, janvier 1896. Psorospermosen cutanée végétante.
- BOWEN (John T.). — Keratosis follicularis. Journal of cutan. and genito-urin. diseases, juin 1896. In *Annal. dermatolog.*, 1897.
- BOWEN (John T.). — Kératose folliculaire limitée à la tête et aux mains. In *Annal. dermatolog.*, 1898.
- JACOBI. — Société allemande de dermatologie de Strasbourg, mai 1898. Communication.
- GLAVTCHÉ (E.-S.). — Société de syphiligraphie et de vénériologie de Moscou, avril 1898. In *Annal. dermatolog.*, 1899. Psorospermosen guérie par l'arsenic chez un malade hystérique.
- MELLE (G.). — Giornale italiano delle malattie venere e della pelle, 1898. In *Annal. dermatolog.*, 1899. Étude clinique et anatomopathologique sur la psorospermosen folliculaire végétante.
- DARIER (J.). — Pratique dermatologique de Besnier, Brocq et Jacquet. De la psorospermosen, tome IV, 1904.
- AUGAGNEUR et CARLE. — Psorospermosen folliculaire végétante. In *Annal. dermatologiques*, 1904.

